

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-507831

ND 17410

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>023776</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Robbi lekhrira</u>			
Date de naissance : <u>14/10/1962</u>			
Adresse : <u>BLOC G NR 6 Dernier Berrichid</u>			
Tél. : <u>06 66 75 09 17</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>07/10/20</u>			
Nom et prénom du malade : <u>REBBI LEKBIRIA</u> Age : <u>51</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Affection des oreilles</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.01.17	135,02

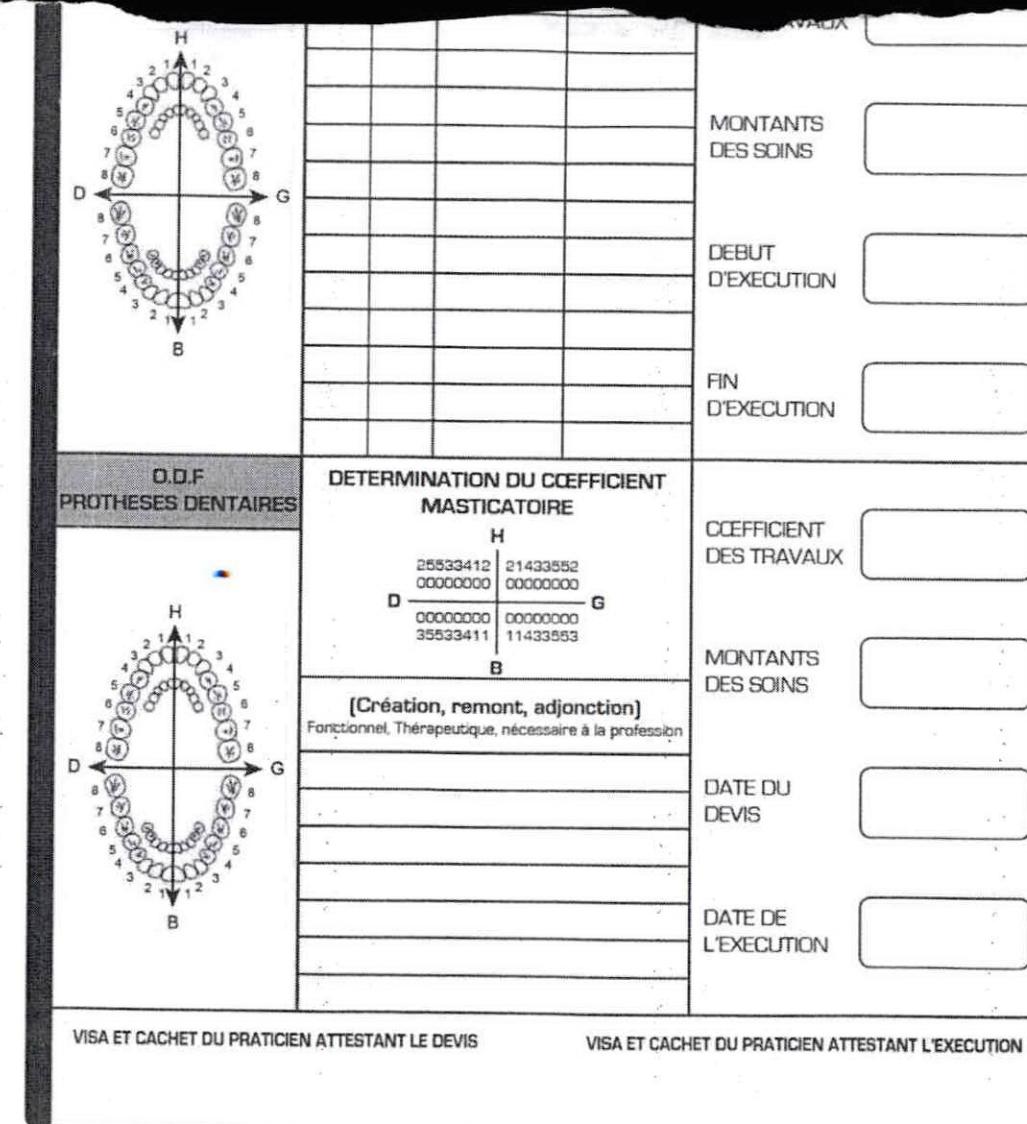
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
BOUHIZ OUAQUE Bloc (K) N° 10- Deroua NAUTRES Tél : 022.53.24.25	2010-11-20					26000,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophtalmogiste

Diplomée des Facultés de Medecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer - Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار السفرا

〔හෙබානි〕 තුළු මැත්තා මැත්තා මැත්තා

القائمة المختصرة

יְהוָה יְהוָה

جامعة العدوان

ORDONNANCE

of old.

Debra

Lektor

PPG: 135.00

EB119

07/2022

13.5.05 Ed. ~~Pharmacie PRINCIPAL DEROUA~~ ~~BLOC UN 1 DEROUA~~ ~~Tél: 05 22 53 20 08~~ ~~2g tablette x 415 mg~~

Dr. EL BAKKAL RACHID
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabilia, Makhad N°2
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11

Lotissement Nabila, Makhlof N° 334, étg N°2

rachaelbakkal@gmail.com

+212 0522 03 11 11

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer - Lentilles de Contact



دكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة العيام البيضاء، [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيم البصر بالليزر

زرااعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

0f.01.20

Debby

Lekbris

Montage + Meise le coquel

Doll II entire fleet progressive

$$② + 0.46 \text{ (add } 0.5 \text{)}$$

$$0.6 \times 0.95 \left(-0.5 \times 10^{-3} \right)$$

Dr. ELAIKKAL RACHA
Médecin Specialististe
en Ophtalmologie
Loyerissement Nabila, Nahrachine
Casablanca - Tel. (05) 22 93 11 11

ADD
BOURI 27112
BLOC (K) N° 10
N'DOUÉSSE
TEL. 022 53 24.25
Deroua

**Lotissement Nabil, Makhlof N° 334, étg N°2
rachaelbakkal@gmail.com
+212 0522 03 11 11**

Bouriz OPTIQUE

Bloc K, N° 10, DEROUA - Naousser
Tél : 0522 53 24 25
Patentes 55804310 / R.c 11938

20/01/20

ICE : 001302120000022

Facture 00105

Rabbi Lekbira

Doit

N° de nomenclature correspondants à la prescription du	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	Varilux
Docteur	O.D. /	O.D. /	O.D. /	O.D. 431
	O.G. /	O.G. /	O.G. /	O.G. 431

Fournitures:

Monture : plastique 600,00

Verres : Opt. Ganic 200,00

autre 0,00

BOURIZ OPTIQUE
Bloc (K) N° 10 - Deroua
Nouakchott
Tél : 0522 53 24 25

TOTAL : 2600,00

La Présente facture arrêtée à la somme de :

Deux mille six cent